

Для работы были выбраны две группы, первая группа опыта: 92 военнослужащих в настоящее время (о1) и военные в отставке или на пенсии (о2) и вторая группа контроля: 112 рядовых (к1) и не военных (к2). Градация возрастов была выбрана таким образом: 1 градация – 18-29 лет, 2 градация – 30-39 лет, 3 градация – 40-49 лет, 4 – градация 50-59 лет, 5 градация – 60-69 лет, 6 градация – старше 70 лет. По 6 градациям возрастов были разделены две группы контроля и опыта, определены высокие показатели по репродуктивному риску.

В 1 градаций у группы опыта 50%, у группы контроля 21,2% определен высокий уровень репродуктивного риска. Во 2 градации у группы опыта 17,6% выявлен высокий уровень репродуктивного риска. В 3 градации у группы опыта 33,3% отмечен высокий уровень репродуктивного риска. В 4 градации у группы опыта 41,7 % определен высокий уровень репродуктивного риска. В 5 градации у группы опыта 50% выявились высокий уровень репродуктивного риска. В 6 градации у группы опыта 84,6%, у группы контроля 84,6% выявились высокий уровень репродуктивного риска.

По материалам исследования отмечено, что наиболее высокий репродуктивный риск у обеих групп контроля наблюдается в 6 группе градаций. У группы контроля (к1к2) в градациях 2, 3, 4, 5 не наблюдается высокие показатели репродуктивного риска.

По материалам исследования заметно, что наиболее высокий репродуктивный риск у обеих групп контроля наблюдается у 6 группы градации. У группы контроля (к1к2) в градациях 2, 3, 4, 5 не наблюдается высокие показатели репродуктивные риски.

## **АНКЕТНЫЙ СКРИНИНГ- ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Мешков А.В.<sup>1</sup>, Ситдикова И.Д.<sup>2</sup>, Айкымбаева Д.К..<sup>2</sup> Ситдигов А.Р.<sup>3</sup>, Алиева Г.Ш.<sup>3</sup>, Хайруллина Л.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ

<sup>2</sup>Казанский Федеральный Университет

<sup>3</sup>Казанский государственный медицинский университет

<sup>4</sup>Казанская государственная медицинская академия

Главная причина возникновения рака заключается в основном свойстве заболевания – это повреждение структуры ДНК. А повреждают её канцерогены. Организм способен сам восстанавливаться и уничтожать канцерогены и даже сами злокачественные опухоли. Но с возрастом эта функция организма слабеет. Поэтому шанс заболеть раком будет зависеть не только от работы организма, но также от количества поступающих канцерогенов. Следовательно, уменьшение поступления канцерогенов в организм дает значительную профилактику рака.

Для мониторинга оценки вероятности развития онкологических заболеваний проведено анкетирование и анализ крови у 166 военнослужащих

и 38 не военных . В качестве группы сравнения были отобраны группа лиц, не имеющих статус военнослужащих, не имеющих профессиональной вредности.

Для мониторинга использовался социологический и клинические методы по оценке состояния здоровья. Опросник состоит из 133 основных и 13 дополнительных вопросов. Анкетирование позволяет нам узнать какие симптомы, настораживающие в отношении хронических заболеваний имеются у военнослужащих и как профессиональные риски влияют на военнослужащих. В опроснике учитывались профессия, наличие профессиональных вредностей на работе, стаж, возраст, наличие хронических заболеваний, наличие жалоб, наличие вредных привычек, тип питания, образ жизни, и тд.

Для клинического метода были взяты анализы крови для определения уровня иммуноглобулинов (А,М,Г), онкомаркеров (СА 19-9, РЭА, СА 72-4), ССГ и тестостерона. По интегральным показателям по оценке риска были разделены на 2 блока. 1 блок определяет канцерогенные, профессиональные, репродуктивные риски и условия труда. Во 2 блоке учитывается группа рисков по анкетам, заключение иммунолога, скрининга, дендриты, микродрозиды, лагуны итд. Проведенная оценка уровня достоверности различий свидетельствует о статистически достоверных различиях в исследуемых группах и повышает эффективность ранней диагностики и медицинского обслуживания в условиях профессионального контакта с канцерогенного профиля.

## **МОНИТОРИНГ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

Мешков А.В.<sup>1</sup>, Ситдикова И.Д.<sup>2</sup>, Айкымбаева Д.К..<sup>2</sup> Ситдигов А.Р.<sup>3</sup>, Алиева Г.Ш.<sup>3</sup>, Хайруллина Л.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ*

<sup>2</sup> *Казанский Федеральный Университет*

<sup>3</sup> *Казанский государственный медицинский университет*

<sup>4</sup> *Казанская государственная медицинская академия*

Идеального онкомаркёра для рака желудка пока не существует. В литературе приводят данные по диагностической чувствительности теста СА 72-4 при данной патологии от 28 до 80%, в среднем, около 40 - 46%. Степень повышения уровня СА 72-4 коррелирует со стадией заболевания. После хирургического вмешательства уровень СА 72-4 возвращается к норме (в среднем за 3 - 4 недели). Данный маркёр обладает несколько более высокой чувствительностью к последующим рецидивам заболевания по сравнению с РЭА и СА 19 - 9. Комплексное применение этих тестов повышает диагностическую чувствительность и специфичность тестирования.

СА 72-4 – высокомолекулярный гликопротеин, компонент поверхности эпителия. Этот белок экспрессируется самыми разнообразными карциномами – толстого кишечника, легких, яичников, эндометрия, поджелудочной железы, желудка, молочных желез.